

## Invited Paper

# Il ruolo della psicoterapia nel trattamento dei disturbi psichiatrici acuti

## *The role of psychotherapy in the treatment of acute mental disorders*

ANTONIO ANDREOLI

*Dipartimento di Psichiatria, Facoltà di Medicina dell'Università di Ginevra,  
Servizio d'accueil, d'urgence et de liaison psychiatriques, Ospedali Universitari di Ginevra, Svizzera*

**SUMMARY.** This work is directed to further investigate the significant relevance of psychotherapy to better management of acute psychiatric disorders. Over the last years, there was impressive increase of the amount of psychiatric patients referred to emergency and in-patient treatment and such increase almost resulted from subjects with acute emotional discontrol associated with affective, personality and stress related disorders. According to such change of the clinical scene of contemporary psychiatry, more attention and funding are needed in the field of acute treatment services and combined treatment innovation and research is become a major challenge for community psychiatry. A real progress in the field is not, however a simple matter of psychotherapy technology transference. While several recent studies suggest that well designed combined treatment is cost-effective in these patients, new nosographic, management and dynamic models are required for successful development of new crisis intervention programs within general psychiatry services.

**KEY WORDS:** psychotherapy, acute mental disorders, community psychiatry, crisis intervention, outcome.

### **DISTURBI PSICHIATRICI ACUTI E POLITICHE DI ASSISTENZA**

L'aumento del numero degli episodi di trattamento per disturbi psichiatrici acuti è uno degli aspetti più caratteristici dell'evoluzione recente della psichiatria. Questa tendenza è presente, pur con intensità e modalità diverse, nella maggior parte dei paesi europei ed è legata, innanzitutto, alla rappresentazione crescente dei soggetti affetti da disturbi mentali nelle popolazioni di pazienti ammessi ai servizi di urgenza dell'ospedale generale. Essa risulta anche da una più elevata richiesta di cure per malati in crisi che si rivolgono sempre più numerosi ai servizi di

psichiatria sul territorio, o vi sono indirizzati dalle famiglie, dai medici di base, dai servizi sociali. Spesso l'acuità del paziente è relativa e la richiesta di cure intense, urgenti o residenziali è dovuta al sommarsi dei problemi e delle co-morbidità. In altri casi, sono in causa fattori socioculturali che diminuiscono l'accesso alle cure di base contribuendo, insieme alla dissoluzione dei legami familiari e di gruppo, all'emergere della casistica acuta a livello dell'ospedale. Al crescere della coorte dei disturbi psichiatrici acuti concorrono anche, in modo sempre più marcato, una polizia e un potere giudiziario alle prese col comportamento anomalo di ogni sorta di marginalità dovuta anche al dilagare dell'abuso di sostanze, con responsabilità difficili a precisare, a metà strada tra medicina, assistenza e aspetti penali. Infine, lo stesso sistema sanitario e, *in primis*, la pratica del medico di primo ricorso, ma anche quella dei nostri servizi di consultazione psichiatrica, ha subito una serie di trasformazioni che facilitano, in ultima analisi, l'orientamento dei pazienti verso le strutture per acuti.

---

Address for correspondence: Professor A. Andreoli, Service d'accueil, d'urgence et de liaison psychiatriques, HCUG, 24 Michéli-du-Crest, 1211 Genève (Suisse).

Fax: +41-22 3728599

E-mail: [antonio.andreoli@hcuge.ch](mailto:antonio.andreoli@hcuge.ch)

**Declaration of interest:** none.

Un'analisi dettagliata delle cause e della natura di questo complesso fenomeno esula dagli obiettivi del presente articolo e rimandiamo il lettore che fosse interessato ad una più ampia discussione del problema alla letteratura già apparsa su questo argomento (per una rassegna bibliografica, vedi De Clerc *et al.*, 1999). Alcuni elementi di questo quadro generale meritano però di essere meglio precisati, perché consentono di comprendere meglio il nuovo ruolo della psicoterapia in un campo che è stato a lungo lontano dai suoi luoghi tradizionali di esercizio e dai suoi centri specifici di interesse. Il Cantone di Ginevra costituisce una realtà abbastanza unica per cogliere i riflessi psichiatrici di questo fenomeno: si tratta, infatti, di una *catchment area* servita da sempre da un sistema di istituzioni pubbliche, al tempo stesso centralizzate e in posizione di monopolio, per quanto riguarda l'assistenza di tipo istituzionale (non esistono strutture psichiatriche ospedaliere o semi-ospedaliere di tipo privato). Inoltre, già da lungo tempo la psichiatria vi si è largamente sviluppata sul piano extraospedaliero (Andreoli & Foresti, 1997). Oltre ad un dispositivo di servizi comunitari ben diversificati, il Cantone dispone di un numero assai elevato di psichiatri che esercitano in ambulatori privati e l'insieme della popolazione è coperta da un sistema

assicurativo obbligatorio che consente un largo accesso ad ogni forma di trattamento, ivi compresa la psicoterapia, e che non discrimina economicamente i malati mentali.

La figura 1 mostra l'andamento della frequenza dei due tipi principali di trattamento psichiatrico acuto nel corso degli ultimi 50 anni a Ginevra. Come indicato in questo grafico, la domanda di trattamenti psichiatrici alle urgenze dell'Ospedale generale aumenta in modo rapidissimo nel corso dell'ultimo decennio, ma si può osservare che nello stesso periodo esiste anche un accrescimento significativo della domanda di ospedalizzazione in unità ospedaliere psichiatriche. Tale aumento appare poi del tutto impressionante, se si tiene conto del carattere irresistibile dell'accrescimento delle entrate ospedaliere nel corso di un cinquantennio. Da notare, infatti, che, globalmente, Ginevra contava poco più di 250 episodi di trattamento psichiatrico acuto nel 1950, mentre ne conta quasi 12000 nel 2003 (uno per 40 abitanti serviti). La domanda totale di trattamenti psichiatrici acuti aumenta dunque di circa 50 volte in 50 anni. Nel frattempo, il numero di ammissioni in ambiente psichiatrico ospedaliero si decuplica, mentre il numero di urgenze psichiatriche orientate sull'ospedale generale si decuplica nel corso degli ultimi 15 anni.

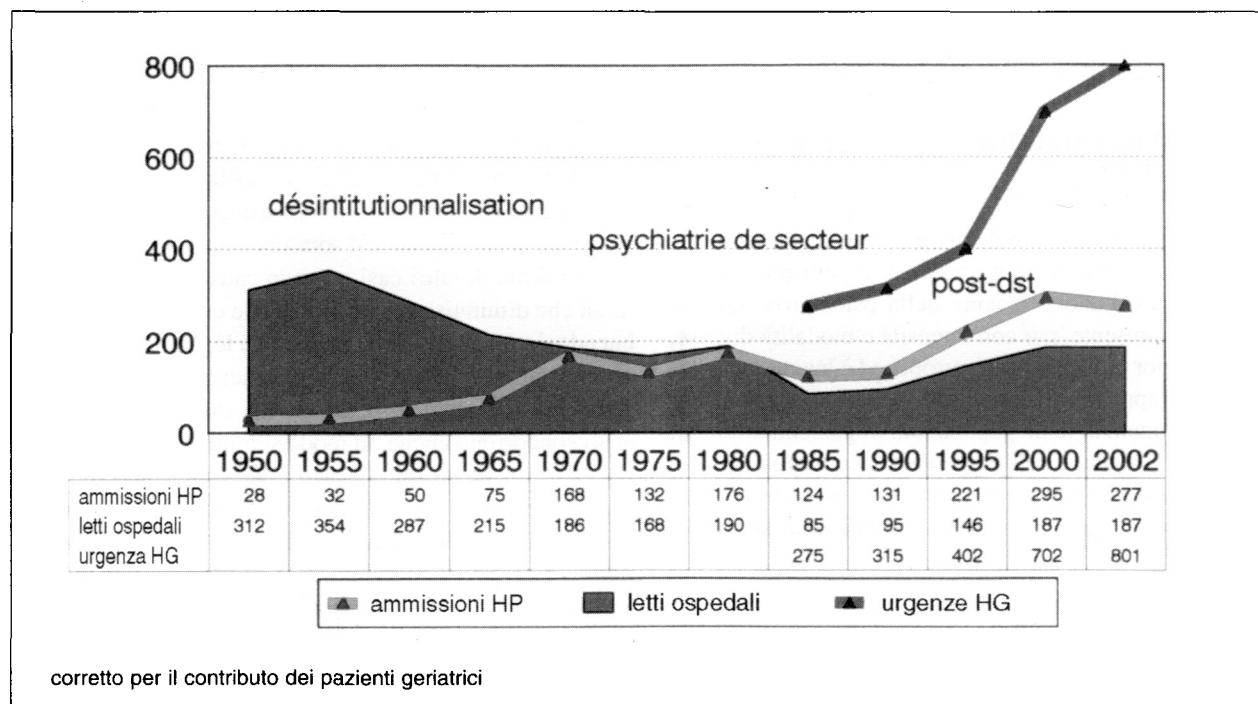


Figura 1 - Politiche di assistenza e gestione della domanda per disturbi psichiatrici acuti.

## IL CAMBIAMENTO QUALITATIVO DEI BISOGNI E L'IMPORTANZA DELLA PSICOTERAPIA SULLA NUOVA SCENA DEL TRATTAMENTO DEI DISTURBI PSICHIATRICI ACUTI

Se si analizza la domanda sul piano della composizione diagnostica (figura 2), si evidenzia che la composizione delle "popolazioni acute" si è profondamente trasformata nel corso degli anni, dapprima con un aumento assoluto e relativo della rappresentazione dei disturbi depressivi e, in seguito, con un aumento di quelli che abbiamo qui indicato come disturbi emozionali, includendo nella definizione i disordini della personalità, le problematiche adolescenti, i disturbi legati allo stress, associati o meno all'abuso/dipendenza da sostanze, i disturbi ansiosi e somatoformi. Il profilo tipo di quello che proponiamo di chiamare "il nuovo paziente psichiatrico acuto" è, in effetti, quello di un soggetto con disordini del comportamento molto marcati, legati ad una perdita di controllo emozionale e caratterizzati sia da un largo alone di co-morbidità (spesso questi pazienti rientrano contemporaneamente nei criteri di numerosi disturbi di asse I e di asse II) sia da una spiccata transitorietà del quadro morboso. Dopo aver fatto irruzione nella clinica della tarda infanzia e dell'adolescenza, queste sindromi si sono estese alle popolazioni di

età geriatrica, con aumento corrispondente delle difficoltà di trattamento incontrate da équipes non abituate a fronteggiare queste nuove emergenze. Si può, dunque, concludere che certamente esiste un aumento dei disturbi psichiatrici acuti, ma che questo aumento concerne una casistica molto diversificata. In questi pazienti la perturbazione del rapporto affettivo con gli altri e l'alterazione passeggera delle funzioni psichiche prendono nettamente il sopravvento sugli invarianti altamente strutturati che caratterizzavano le grandi sindromi psichiatriche "classiche". Nonostante la minore gravità psicopatologica, i sintomi di questi pazienti possono essere, a breve termine, molto inquietanti e conflittuali e, comunque, più difficili da controllare medicalmente e da gestire socialmente di quelli dei malati acuti di un tempo. La rappresentazione relativa di questi ultimi, invece, diminuisce nettamente e resta, in assoluto, fondamentalmente immutata, a meno che fattori di disfunzionamento puntuale del sistema istituzionale non incidano sui dati (fenomeno della *revolving door*, cambiamento dei sistemi di gestione e contabilizzazione dei pazienti ammessi a trattamenti a lungo corso, ecc.).

In conclusione, l'aumento dei disturbi acuti è, senza dubbio, un elemento caratteristico della psichiatria contemporanea, ma un'osservazione più fine di questo fenomeno mostra che il cambiamento che ci troviamo a

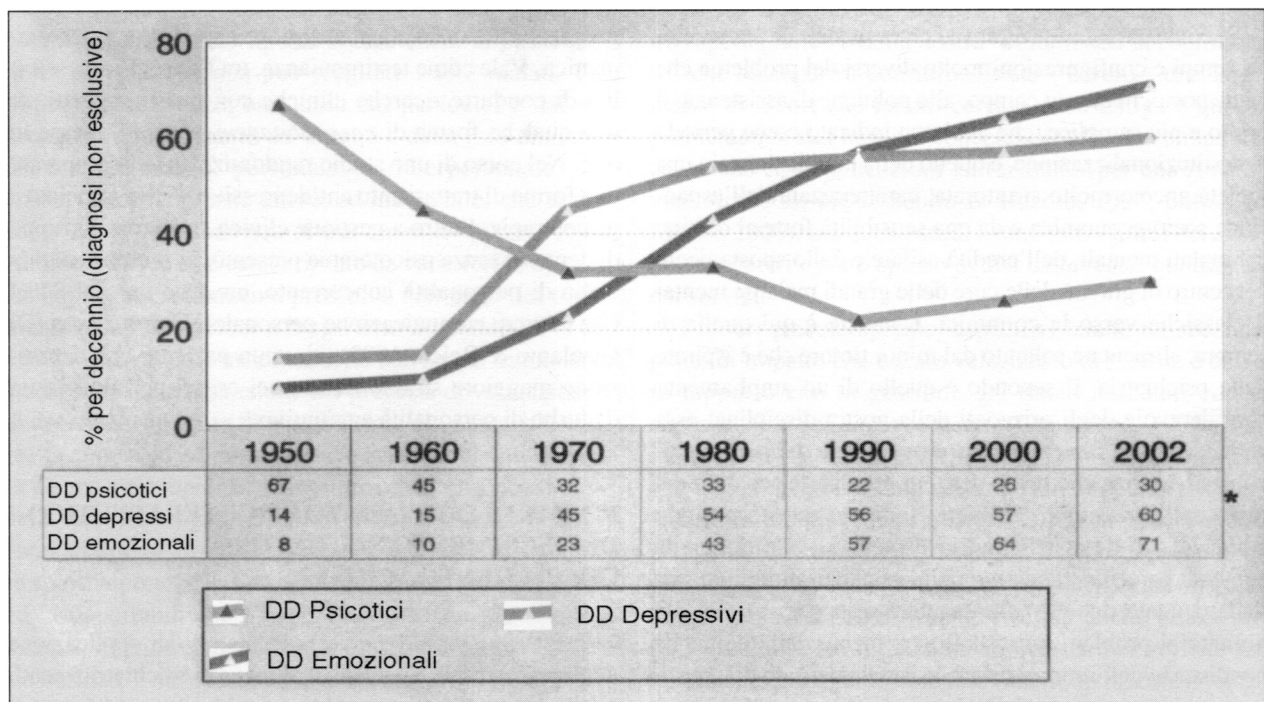


Figura 2 - Evoluzione del profilo diagnostico dei disturbi psichiatrici acuti trattati nel Conton Ginevra (1950-2002). (Percento del totale dei casi per l'anno considerato, diagnosi non esclusive).



fronteggiare è qualitativo e non solo quantitativo. Un semplice potenziamento dei servizi di urgenza e di crisi non basta, dunque, a risolvere un problema la cui soluzione implica una nuova cultura del trattamento dell'acuzie e nuovi modi di organizzazione e di funzionamento dei servizi che se ne fanno carico. I dati che abbiamo brevemente commentato smentiscono, infatti, l'idea diffusa che l'aumento della domanda di cure per disturbi psichiatrici acuti possa essere bloccato o coperto automaticamente dalla creazione di un ben fornito dispositivo di psichiatria comunitaria e/o dalla presenza di un numero crescente di psichiatri attivi (a Ginevra, attualmente: 0.5/00 abitanti). È possibile che una parte dei dati appena presentati sia in rapporto con elementi di disfunzionamento del dispositivo psichiatrico di Ginevra. La nostra inchiesta ha però il vantaggio di appoggiarsi su un contesto caratterizzato da uno sviluppo molto limitato, nella configurazione eminentemente urbana del Cantone di Ginevra, di quelle aree di transistituzionalizzazione (verso il sistema privato, l'urgenza non psichiatrica o sociale, le strutture di tipo custodialistico, le nuove istituzioni a carattere tutelare o, semplicemente, le nuove "corti dei miracoli" della marginalità e della strada). Potrebbe, quindi, ben darsi che essa permetta di contabilizzare meglio i soggetti suscettibili di aiuto terapeutico che emergono altrove ad altri livelli del sistema di assistenza (o che sono semplicemente ignorati) e, quindi, di far apparire in modo più netto una contraddizione generale della psichiatria di oggi.

Si constata, infatti, (figura 1) che esistono, in successione, tempi e configurazioni molto diversi del problema che viene posto, in questo campo, alle politiche di assistenza. Il primo e più semplice, che abbiamo indicato come periodo di destituzionalizzazione, è quello della liquidazione, in una società ancora molto strutturata, caratterizzata dall'espansione socio-economica e da una sensibilità forte al destino dei malati mentali, dell'eredità asilare e dello spostamento del centro di gravità delle cure delle grandi malattie mentali classiche verso la comunità. L'acuzie è qui quella di sempre, alimentata soltanto dal minor timore che è ispirato dalla psichiatria. Il secondo è quello di un ampliamento considerevole degli orizzonti della nostra disciplina: essa coincide con la proiezione extraospedaliera di un dispositivo di assistenza che resta, però, in gran parte separato dal resto della medicina (abbiamo indicato questo periodo come quello della psichiatria di settore). La domanda aumenta perché il *reach-out* della psichiatria migliora, ma l'adattamento richiesto alle strutture resta sostanzialmente limitato ai problemi posti dall'incremento della domanda per disturbi dell'umore. Infine, esiste un periodo di ulteriore e massivo aumento della domanda che coincide con un nuovo disagio sociale e istituzionale e che richiede una concezione più elastica e multidisciplinare del lavoro psi-

chiatrico e un nuovo posizionamento dei rapporti della psichiatria di comunità, rispetto al resto della medicina, all'intervento psico-pedagogico e socio-assistenziale e al compartimento securitario. Ne può seguire una situazione in cui il dispositivo psichiatrico terapeutico è o non più organizzato per far fronte alla domanda della comunità od organizzato per far fronte, in particolare nel campo dei disordini mentali acuti, alle popolazioni acute di un altro tempo. Questo "nuovo disordine psichiatrico" (Andreoli, 1999) si determina quando il dispositivo è centrato essenzialmente su strutture di consultazione o "di giorno", che non prendono in conto l'urgenza e l'acuità o da strutture ospedaliere che mancano di strumenti specifici per rispondere alla crisi.

Le considerazioni che abbiamo sviluppato suggeriscono anche che il cambiamento attuale della clinica e dell'epidemiologia dei disturbi psichiatrici acuti impone una revisione delle nostre concezioni terapeutiche e, più in particolare, più sperimentazione e ricerca nel campo della psicoterapia applicata a questo tipo di disordini. Con questo nuovo tipo di pazienti la psicoterapia non è, in effetti, soltanto utile, ma s'impone come una necessità. L'incontro col paziente *borderline*, la paziente anoressica, il soggetto suicidario o traumatizzato, ma anche col depresso caratteriale (cioè il lavoro quotidiano dell'urgenza e della crisi) non ha alcuna speranza di riuscita, se una qualche forma di relazione valida non si stabilisce rapidamente col paziente e dura nel tempo. Ciò richiede grande professionalità e maggiore esperienza psicoterapeutica. Vale come testimonianza, tra l'altro, l'impossibilità di condurre ricerche cliniche con questi soggetti, se una qualche forma di *case management* non è messa in atto. Nel corso di uno studio randomizzato per comparare due forme di trattamento antidepressivo, l'uno associato a psicoterapia, l'altro a gestione clinica standard, il gruppo di depressi senza psicoterapia presentò, in presenza di disturbo di personalità concorrente, un *drop-out* del 84%! (De Clercq, comunicazione personale). Come è noto (Di Girolamo & Reich, 1993), circa un paziente con depressione maggiore su due rientra nei criteri per almeno un disturbo di personalità aggiuntivo.

### FORME DI INTERVENTO PSICOTERAPEUTICO DI RIFERIMENTO NEL LAVORO COL PAZIENTE ACUTO

Esiste una vasta letteratura in materia di applicazione della psicoterapia a pazienti con disturbi psichiatrici acuti, ma l'insieme di queste pubblicazioni ha un carattere poco strutturato e richiede un certo sforzo preliminare di analisi critica, se si desidera trarne un qualche insegnamento

che permetta di rispondere meglio al quesito: quale psicoterapia e sotto quali condizioni può esserci di aiuto per rendere più performanti i servizi che si prendono cura, oggi, del paziente acuto? Una classica distinzione ci porta a distinguere due tipi di fattori potenzialmente attivi in questo tipo di trattamento: fattori aspecifici e fattori specifici. Questo sarà il filo conduttore della nostra succinta disamina di quelle forme d'intervento che ci appaiono essenziali, nell'organizzazione dell'intervento psicoterapeutico di crisi col paziente acuto.

### **Fattori aspecifici**

I fattori psicoterapici aspecifici sono essenzialmente in rapporto con la qualità dell'ambiente umano in cui viene ad inserirsi il trattamento del paziente acuto. L'importanza di questi fattori si misura in termini di capacità di accogliimento e, cioè, con la disponibilità di una dato gruppo umano a sviluppare interesse, empatia, sostegno, ma anche capacità di contenimento e di cura per un dato paziente (Andreoli, 2001). Si può d'altronde postulare che ogni essere umano è dotato di questo tipo di competenza, cioè di una capacità di "curare" attraverso la relazione, e che questa capacità si può educare, ma dipende pur sempre da una disposizione individuale di partenza. Forze interne ed esterne, tuttavia, tendono a disorganizzare continuamente questo tipo di competenza, in particolare in un servizio che non può scegliere i suoi malati. Tali impedimenti provengono tanto dal paziente, e dal suo gruppo naturale, quanto dai curanti e dalla loro dinamica di funzionamento personale o interpersonale. Ne consegue un fenomeno attivo, ed inevitabile, che si presenta come una "barriera al trattamento" (Scott, 1974; Andreoli, 1999) ed è caratterizzato da varie forme di interazione negativa altamente predittive dell'esito del trattamento e dell'evoluzione a lungo termine (Andreoli *et al.*, 1992). Una variante insidiosa della barriera al trattamento è costituita dalla distorsione dei processi di valutazione e di decisione, ad opera di meccanismi volti a stravolgere la realtà clinica ed ad imporre o agire soluzioni antiterapeutiche ma funzionali al mantenimento della coesione e della stabilità del gruppo istituzionale. Si tratta di una reazione di difesa "normale", poiché è impossibile non essere spinti a proteggersi da tutti quei sentimenti sgradevoli ed insopportabili che c'impone un contatto continuato e intenso, e quindi traumatico, col paziente acuto. Che ciò sia normale è ragione di più per occuparsene attivamente: la forma più evidente di barriera al trattamento é, in effetti, tutto ciò che distoglie la nostra attenzione dall'importanza di un intervento intenso ed immediato e permette

così spesso di considerare che il trattamento del paziente acuto debba essere lasciato a collaboratori poco esperti e provvisti di mezzi inadeguati. Da qui anche l'importanza di un tipo di supervisione quotidiana, centrata sul bisogno di un aiuto esterno per meglio far fronte alle proprie reazioni emotive irrazionali, ma anche alla tendenza comprensibile, ma non per questo meno pericolosa, al *faire semblant*. Tale attività di supervisione è stata recentemente rimessa in auge (Gabbard & Wilkinson, 1994; Burnand *et al.*, 2002), ma ci riporta alla tradizione della psicoterapia istituzionale (Andreoli, 1999) e al suo legame con la psichiatria morale. Non a caso il primo esempio di trattamento psicoterapeutico sistematico per pazienti acuti si ricollega all'esperienza effettuata da Sullivan all'Enoch Pratt Hospital di Baltimora (Swick Perry, 1962) e all'intento di dimostrare che le qualità umane individuali dei singoli operatori, e la loro più o meno grande capacità di stabilire un contatto con l'esperienza umana unica del singolo paziente, costituiscono, se appoggiate da un lavoro di supervisione sistematico, un fattore di cambiamento terapeutico di notevolissimo valore. Non fu mai possibile standardizzare e valutare empiricamente queste metodiche d'intervento che sono rimaste quindi artigianali. In pratica, ogni servizio formava i suoi operatori attraverso dei processi di supervisione interna, ma, poiché il ricorso a questo tipo di interventi è sempre meno frequente, c'è da domandarsi se non è un ingrediente fondamentale del nostro sapere pratico e della nostra "cultura dell'accogliimento" che scomparirà con loro. Esiste - è vero - una larga messe di lavori che hanno cercato di investigare questa problematica alla luce del concetto di "alleanza terapeutica" anche con applicazioni istituzionali (per una *review*, vedi Andreoli, 1992; Seulin & Dazord, 1997; Safran & Muran, 2000), ma questi studi hanno tutti i limiti dei *design* correlativi e sono spesso avulsi dalla realtà quotidiana dei servizi.

I fattori psicoterapeutici aspecifici hanno un secondo punto di impatto che è stato valorizzato di recente e che è in rapporto con la gestione dei rischi associati con il sopravvenire del disturbo acuto (Gunderson, 1996). Per molta parte dei nuovi pazienti acuti, e più in particolare per coloro che presentano delle situazioni di crisi associate con un disturbo di personalità o più in generale con instabilità ed impulsività, esiste un rischio importante di passaggio all'atto distruttivo auto o eterodiretto che è al tempo stesso del tutto transitorio, ma anche altamente imprevedibile. Le limitazioni di cui sembra soffrire un trattamento puramente ambulatoriale sono discutibili (Pirkis *et al.*, 1999) e spesso legate non al trattamento in quanto tale, ma ai problemi di gestione di un rischio che appare, a torto, incontrollabile. Una nuova generazione di studi

(Schotte & Clum, 1987; Van Heeringen *et al.*, 1995; Van der Sande *et al.*, 1997; Motto & Bostrom, 2001) indica, invece, che la disponibilità di una risposta personalizzata e di un'offerta di aiuto immediato 24h su 24h in caso di appello è estremamente efficace, sul piano della prevenzione della ricaduta, in particolare suicidaria (Smith *et al.*, 2001). Questi lavori aprono prospettive totalmente nuove alla gestione istituzionale del nuovo paziente acuto, poiché permettono di immaginare nuovi e molto più "leggeri" sistemi di gestione del rischio, a partire dal dispositivo di urgenza, ed una valorizzazione simultanea del lavoro ambulatorio precoce al posto di forme di intervento ospedaliero o "di giorno" che sono lunghe, costose, pesanti e, soprattutto, poco gradite a questo tipo di pazienti.

### Fattori specifici

Numerosi sono i dati in nostro possesso, che risultano dallo studio di forme specifiche di intervento psicoterapeutico volte a sviluppare forme strutturate di intervento combinato per gruppi diagnostici specifici di pazienti acuti. I limiti di questo lavoro c'impediscono di trattare tale tema in modo esauriente e ci limiteremo, pertanto, ad enumerare alcune delle interpretazioni più significative di tale approccio. Per quanto riguarda i disturbi di tipo schizofrenico, i risultati più robusti sono di provenienza anglosassone e segnalano l'efficacia dell'abbinamento del trattamento neurolettico con varie forme di intervento familiare (Goldstein *et al.*, 1978; Mance, 1990). Una letteratura non priva d'interesse è stata consacrata fin dagli anni '50 alla psicoterapia individuale della crisi. Rifacendosi al concetto freudiano di psiconevrosi di origine traumatica e ad una concezione psicobiologica del disturbo delle reazioni adattative in situazione di stress, si tentò di sviluppare, all'epoca delle *walk-in clinic* americane, forme di intervento per pazienti molto simili al "nuovo paziente acuto". Questa corrente prese però sempre più le distanze dall'istituzione psichiatrica, conflueno nel movimento della psicoterapia dinamica breve, più orientato verso la pratica psicoterapeutica pura e affatto estraneo alla preoccupazione della dimostrazione scientifica dei risultati ottenuti. Ciò vale anche per numerosi autori che hanno mostrato l'efficacia dell'intervento psicoterapeutico, in particolare di tipo cognitivo o interpersonale, nella depressione trascurando però la fase acuta del trattamento.

La trasformazione del profilo delle popolazioni acute ci porta a dare un particolare rilievo ad un certo numero di lavori recenti che hanno provato l'efficacia, in termini di evoluzione clinica, ma anche di efficienza istituzionale, di varie forme di trattamento combinato per pazienti affetti

da disturbi dell'umore e da disturbi della personalità. Recentemente, alcuni autori (Linehan, 1993; Linehan *et al.*, 1991; 1994; Bateman & Fonagy, 1999; 2001; 2003) hanno studiato l'efficacia della psicoterapia comportamentale-dialettica, della psicoterapia analitica e di un programma combinato d'ispirazione psicoanalitica in pazienti *borderline*. Benché questi studi abbiano delle limitazioni (in particolare un trattamento di controllo di efficacia discutibile), i risultati sono notevoli, in particolare in termini di prevenzione della ricaduta suicidaria, del funzionamento sociale e della gravità dei sintomi. A titolo di curiosità ricordiamo, infine, che in un lavoro recente (Muller & Andreoli, 1998) si è ripreso l'insieme della letteratura psicoanalitica sulla psicoterapia delle psicosi, mostrando che, a differenza di quanto atteso, tali interventi costituivano un modello non privo di elementi di interesse per l'approccio psicoterapico dell'episodio psicotico transitorio delle strutture limite piuttosto che un trattamento valido della "malattia" schizofrenica.

### CULTURA E MODELLI DI GESTIONE DEI SERVIZI O DELLA NECESSITÀ DI RAPPORTI PIÙ STRETTI TRA PSICOTERAPIA E PSICHIATRIA COMUNITARIA

La letteratura fornisce, dunque, un gran numero di modelli e dati controllati al ricercatore clinico che fosse interessato alla sperimentazione di nuove forme di trattamento psicoterapico per migliorare l'efficacia e l'efficienza dei servizi per pazienti acuti. In particolare, i risultati forniti dallo studio dell'intervento di crisi con le famiglie dei pazienti psicotici, il trattamento cognitivo, familiare o psicodinamico, dei soggetti *borderline*, suicidari o depressi possono contare su una solida base empirica. Molti di questi studi, tuttavia, hanno il considerevole limite di non proporre un modello di operazionalizzazione di queste terapie che possa avere un impatto reale sull'urgenza, la crisi o la domanda di ospedalizzazione a livello dei servizi. Un breve accenno meritano, proprio per questo motivo, un certo numero di studi classici di psichiatria comunitaria che hanno proposto, invece, un modello coerente di trattamento della crisi psicotica, attraverso pratiche di intervento intensivo sul comportamento e la rete, forse meno pertinenti sul piano della psicoterapia propriamente detta, ma assai convincenti sul piano dell'efficacia e della coerenza dei modelli studiati (Scott, 1974; Stein & Test, 1978; Tansella & Micciolo, 1998, Thornicroft & Tansella, 2000). È, quindi, auspicabile che psichiatria di comunità e psicoterapia stabiliscano in futuro rapporti più stretti e duraturi.

Una più grande presa di coscienza di questo problema è stata favorita dalle implicazioni economiche delle nuove politiche di assistenza dell'acuzie, nonché dalla pressione dell'opinione pubblica e dalle difficoltà delle équipes. Il concetto di crisi su cui il nostro gruppo lavora da molti anni è un tentativo di lavorare in questa direzione. All'origine del problema dello sviluppo di nuove forme di psicoterapia per i pazienti acuti, si pone la questione di quali catalizzatori sono necessari per rendere possibile l'operazionalizzazione del modello psicoterapeutico nel campo specifico di cui ci stiamo occupando. Questi fattori vanno ricercati, a nostro avviso, nella cultura e nei modelli di gestione dei servizi e, più in particolare, nell'immagine che un dato servizio si fa del senso della malattia, della gestione dei problemi psicosociali e della psicoterapia nel trattamento psichiatrico e nel funzionamento di una data unità.

Abbiamo diritto, per esempio, di chiederci fino a qual punto l'attuale cultura nosografica costituisce un aiuto o un limite per un trattamento efficace dei disturbi psichiatrici acuti. Mentre il peso di questi ultimi non cessava di aumentare nei servizi, in particolare in quelli pubblici, i sistemi di classificazione più recenti hanno ignorato in modo sempre più palese questo importante capitolo della clinica dei disturbi mentali. Il problema così importante della discontinuità, del polimorfismo e della sovradeterminazione delle evoluzioni e, quindi, anche della centralità dell'acuzie, erano al centro di sistemi come il DSM-I, di cui l'orientamento psicobiologico rappresentava, attraverso la nozione di reazione, l'elemento portante. In seguito, le classificazioni hanno messo, invece, l'accento sui disturbi strutturati nel tempo che lasciano spazio soltanto al concetto di ricaduta o di scompenso. Ne è seguito un atteggiamento mentale che porta a recepire DSM-III e DSM-IV in uno spirito che restaura l'idea di processi psicopatologici prestabiliti e favorisce, in ultima analisi, un ritorno alla visione dei disturbi acuti come malattie mediche *stricto sensu*, in contrasto stridente con l'assunto puramente empirico della metodologia diagnostica di partenza. Paradossalmente, l'orientamento strutturalistico di molti psicoterapeuti, in particolare di scuola analitica postfreudiana, ha operato nello stesso senso, portando ad una sottovalutazione crescente dell'importanza di un intervento intensivo immediato e polivalente. In altre parole, se cinquant'anni orsono l'interesse dominante di uno psicoterapeuta era generalmente quello di far valere la diversità, discontinuità e complessità delle sindromi psichiatriche acute (in pratica mostrare quanti cosiddetti schizofrenici erano in realtà dei *borderline* o quante sindromi affettive risultavano da esperienze traumatiche), l'atteggiamento dominante oggi è piuttosto quello di porsi

d'ufficio nella posizione dello specialista che, avulso dall'attuale e dall'acquisito, guarda ad una malattia già costituita, di cui si dà per scontata la prospettiva a lungo termine. Ne consegue anche un disinteresse per lo sviluppo di strutture specifiche per la presa in carico dell'acuzie e dei problemi relazionali specifici posti dall'incontro e dalla gestione del paziente acuto.

La realtà della gestione dei servizi risente dello stesso problema. I nostri dati indicano che più di 95% dei pazienti visti in un settore psichiatrico di Ginevra hanno terminato il loro trattamento due mesi più tardi e non più del 30% della fila attiva del dispositivo psichiatrico pubblico è costituita da pazienti seguiti da più di due mesi. Eppure, più dell'80% delle risorse disponibili sono consacrate al trattamento specialistico dei pazienti "a lungo corso". Più scottante ancora è la constatazione che, al di là di un momento residenziale, ospedaliero o semiospedaliero, assai poco adatto al trattamento acuto dei nuovi tipi di patologia che abbondano nei nostri centri di urgenza, e di un momento puramente ambulatoriale, talvolta reticente, se non addirittura ostile all'idea di farsi carico di urgenze o acuzie anche minori, spesso non esistono alternative adeguate per pazienti che richiedono un'estrema disponibilità e grande elasticità nel graduare l'intensità e l'orientamento degli interventi. Se il valore di una struttura di intervento di crisi si misura nella capacità di offrire una struttura di accoglimento che permetta lo sviluppo di una relazione umana e terapeutica di valore, è vero anche il contrario, e cioè che il destino della nostra relazione col paziente acuto è legato alla possibilità di usufruire di strutture e modi di funzionamento che rendano possibile e pensabile di modulare l'incontro personale in termini di tempo e di luogo. Non si può, invece, pensare che la psicoterapia abbia portato con sé nei servizi ambulatoriali un'ideologia estremamente rigida e che si traduce con un tipo di aiuto che risulta totalmente derisorio per il paziente acuto. Molte ospedalizzazioni e molti percorsi ripetitivi verso l'urgenza ospedaliera dipendono così dalla latitanza, quale che sia la buona volontà e il livello di formazione degli operatori, di quel fattore cruciale di successo del trattamento del nuovo paziente acuto che è la disponibilità a trattarlo col ritmo e l'intensità che la sua domanda di aiuto supporrebbe.

Da qui anche l'importanza di posizionare le strutture per pazienti acuti al centro del dispositivo di psichiatria comunitaria e di assegnare a queste stesse strutture un ruolo direzionale sul flusso dei pazienti e, quindi, delle risorse. Se questo si realizzerà, automaticamente si centralizzeranno anche, a questo livello, competenze manageriali, di ricerca e di insegnamento e, dunque, anche la massa critica di *know how* atta a sviluppare nuovi tipi di trattamento.



Infine, un terzo catalizzatore è da ricercare a livello dell'immagine che ci si ha della psicoterapia e del suo ruolo psichiatrico. Troppo spesso questo tipo di intervento è visto da chi lo effettua come un'azione avulsa dal contesto medico e istituzionale in cui viene condotta. In effetti, l'intervento di crisi è stato troppo spesso compreso, a partire da un preconconcetto psico- sociogenetico, come un'alternativa al trattamento psichiatrico. Ora, nel caso dei disturbi acuti, la psicoterapia non rappresenta soltanto uno degli ingredienti del trattamento psichiatrico, ma non è semplicemente realizzabile se un buon trattamento medico e un buon sostegno sociale non ne hanno creato i presupposti. In altri casi, si è confuso invece l'intervento di crisi con la risoluzione delle problematiche psicosociali concrete del paziente: un'ottica che, in definitiva, riduce la psicoterapia al ruolo, certo importantissimo ma estraneo alla sua specifica funzione, di intervento educativo o di *case work*. In breve, il nostro modello postula che il disturbo psichiatrico acuto pone tre tipi di problemi distinti: il primo corrisponde al livello del pensiero scientifico sperimentale e si confronta con una serie di invarianti cliniche ed epidemiologiche che costituiscono il disturbo nel senso medico. Questo è solo questo può essere il punto di partenza: ciò significa anche che solo quando un servizio comincia a funzionare sulla base di guide e processi decisionali affidabili e, quindi, con un orientamento basato sull'evidenza, si potrà cominciare a parlare di psicoterapia (se non altro perché solo a questo punto apparirà, in presenza della continua deriva delle pratiche rispetto alla razionalità attesa, il carattere totalmente irrazionale del comportamento reale degli operatori e, dunque, il loro bisogno di psicoterapia). Un secondo ordine di problemi è soggetto ad una chiave di lettura empirica: si tratta di tutti quei problemi (lingua, posizione sociale, censo economico, altre malattie mediche, ecc) che individuano la specificità psicosociale di ciascun paziente. La psicoterapia avrà un senso proprio solo quando il paziente sarà posto in una situazione umana accettabile. Infine, ogni disturbo acuto comporta una nebulosa di fattori soggettivi e intersoggettivi, la crisi *stricto sensu*, che possono essere colti soltanto sul piano ermeneutico e questo è il campo specifico della psicoterapia. Sbaglierebbe poi chi credesse che è possibile giustapporre questi elementi in una specie di relazione di continuità: si tratta, invece, di elementi perfettamente eterogenei e in quanto tali conflittuali. Da qui deriva anche l'importanza di una cultura psichiatrica che possa permettere di riconoscerli e di farli dialogare senza velleità di riduzione. In parole più semplici, il ruolo della psicoterapia va visto e studiato, nel campo che stiamo discutendo, come problema dell'effetto aggiunto di un dato intervento relazionale rispetto al trattamento medico e in

un dato *milieu* che deve essere specificamente pensato per rispondere ai problemi del paziente acuto e del suo gruppo naturale. Barriera al trattamento è anche confondere questi piani distinti.

### **IMPATTO DEL MODELLO DI CRISI SULL'EFFICACIA, I COSTI E QUALITÀ DEI SERVIZI PER IL NUOVO PAZIENTE ACUTO: IL CASO DELLA DEPRESSIONE E DEI DISTURBI DI PERSONALITÀ**

Questo modello è stato al centro della sperimentazione clinica che è stata condotta dal nostro gruppo nel corso degli ultimi anni (Andreoli, 1999; Mathur, 2001; Andreoli, 2001; Burnand *et al.*, 2002). Il nostro lavoro si è sviluppato intorno alla ricerca di un nuovo tipo di risposta istituzionale ai disturbi psichiatrici acuti, dapprima nel quadro di un'esperienza di settore, poi in quello dell'organizzazione di un sistema di intervento di crisi multicentrico nella comunità, inserito da un lato in una realtà di psichiatria di settore e centralizzato dall'altro intorno ad un forte polo psichiatrico d'urgenza, di intervento di crisi e di ospedalizzazione breve all'ospedale generale, a cui veniva al tempo stesso delegato il ruolo di *gate* della domanda di trattamento. Nell'ambito della prima fase del nostro lavoro era stato, infatti, sviluppato un modello di centro di terapia ambulatoriale intensiva (Andreoli & Foresti, 1997), che aveva l'obiettivo di offrire una forma più specifica di trattamento a tutti quei pazienti acuti, non affetti da grandi patologie psichiatriche classiche, che moltiplicavano il numero di ammissioni ospedaliere in mancanza di soluzioni alternative. In seguito, furono sviluppate diverse forme d'intervento combinato strutturato e, infine, una serie di studi che permisero una valutazione più precisa dell'impatto di questo tipo di programmi sull'evoluzione e sull'utilizzazione di servizi in pazienti con depressione maggiore grave e disturbi della personalità. In particolare, fu condotta una valutazione comparativa di due tipi di trattamento di breve durata (84 giorni in media) in cui la cura antidepressiva era associata, rispettivamente, ad un intervento aspecifico di semplice sostegno o ad una forma semplice di psicoterapia psicodinamica da parte di un piccolo gruppo di infermiere di talento, con buona esperienza in questo tipo di lavoro e sostenute da una supervisione analitica settimanale. L'analisi dei risultati ottenuti indicava che l'orientamento verso il trattamento combinato comportava un risparmio significativo di ospedalizzazioni alla fine della fase di trattamento acuto (Burnand *et al.*, 2002) e che tali differenze si mantenevano nel tempo. Va rilevato che la variabile ospeda-



lizzazione non è stata scelta a caso: infatti, questo parametro non è soggetto a *bias* soggettivi, dà un'idea globale del fallimento o della riuscita del trattamento nel suo complesso e ha un peso notevole sul piano dell'efficienza. In effetti, il trattamento combinato comportava un beneficio significativo in termini di costi, nonostante il costo iniziale più alto legato alla psicoterapia e alla supervisione. Da ricordare ugualmente che nei pazienti che avevano un impiego all'inizio del trattamento la presenza di psicoterapia in corso di trattamento acuto era associata, un anno più tardi, ad una riduzione marcata (50%) del numero di giornate di lavoro perdute e che questo numero era sorprendentemente alto (più di 100 giorni di lavoro perduti nel corso del primo anno nella popolazione studiata), in caso di assenza di psicoterapia.

Le differenze osservate nell'ambito della serie di studi che abbiamo rapidamente riassunto erano molto legate alla presenza di disturbo della personalità e ai livelli di processo raggiunti in corso di psicoterapia dinamica. Ciò indica che l'effetto della forma di psicoterapia adottata era specificamente legato alla tecnica impiegata. Il programma era, infatti, diretto a svincolare il paziente da quei processi di lutto patologico che si osservano in presenza di stati depressivi associati ad eventi traumatici, perdite, lutti, gravi delusioni). La presenza di disturbo di personalità sembra comportare, in queste situazioni, una riattivazione di tratti di carattere maladattativi che sboccano da una parte in un processo di lutto patologico e dall'altra in un rifiuto o in una negoziazione molto patologica della relazione terapeutica.

## CONCLUSIONE

In questo lavoro abbiamo mostrato che il trattamento dei pazienti con disturbo psichiatrico acuto ha attualmente una rilevanza significativa per le politiche di assistenza. Abbiamo ugualmente mostrato che una risposta adeguata a questo problema richiede cambiamenti qualitativi e non solo quantitativi nell'organizzazione dei servizi e una sperimentazione più larga di nuove forme specifiche di trattamento combinato da parte della psichiatria comunitaria. L'operazionalizzazione di nuovi modelli di psicoterapia non può risultare da un semplice trasferimento di tecnologie psicoterapeutiche, ma richiede una trasformazione della cultura dei servizi, in particolare per quanto riguarda i modelli nosografici e manageriali e la concezione del ruolo dell'intervento di crisi in medicina.

In sede di conclusione vorrei porre l'accento su tre aspetti che mi paiono essenziali, al di là delle sterili opposizioni di scuola, nella psicoterapia del paziente psichia-

trico acuto. Il primo aspetto è di carattere morale. L'incontro e l'investimento personale del paziente psichiatrico acuto richiedono molta motivazione e forza di carattere, ma anche semplicità, schiettezza e onestà. Il primo manuale di psicoterapia in questo campo resta, ai miei occhi, il trattato di Pinel (1809), che è di grande insegnamento per chiunque vuole apprendere a riconoscere l'importanza delle cose semplici e profonde della vita e di un atteggiamento non derisorio con questo tipo di malati. Il secondo aspetto è in rapporto con la capacità di strutturare l'intervento psicoterapeutico e, dunque, di applicare con metodo e rigore una data tecnica che richiede apprendimento ed esperienza, ma anche obiettivi precisi e strategie collaudate. Per raggiungere questo scopo è necessario un lungo processo di aggiustamento, che va dalla raccolta di dati preliminari allo sviluppo di un manuale, alla verifica dell'impatto della tecnica e del suo processo di apprendimento. Il meglio che si può fare in un servizio è, anche in psicoterapia, assicurare un buon livello medio di terapia specifica pertinente e realmente dispensata piuttosto che qualche guarigione geniale. Infine, un terzo fattore più complesso è in rapporto con la capacità di formulare una rappresentazione strutturata del sistema di legami virtuali in cui viene ad inserirsi l'insorgere e il divenire del disturbo acuto. Ogni disturbo acuto è, infatti, inserito in un'atmosfera di relazioni, modi di comunicazione, schemi, fantasmi tanto impalpabili quanto determinanti, al di là del reale di una data condizione umana, sul piano dello sbocco della vicenda clinica del paziente. Il rapporto con l'esperienza sconvolgente del paziente comporta, invece, un rischio di riduzione dei modi di rappresentazione e di interazione e tanto più fattuale, ripetitivo e concreto è il nostro rapporto personale, professionale e istituzionale col paziente, tanto minori saranno le possibilità di quest'ultimo di svincolarsi dalla logica affettiva, sistemica o psicologica della sua crisi. Sulla nuova scena del trattamento dei disturbi psichiatrici acuti, il ruolo più importante della psicoterapia potrebbe essere appunto quello di dischiudere una piccola porta che permette di aprire l'ordine prestabilito del disturbo o del problema reale alle virtualità di un vivente umano capace di introdurre il malinteso, la sorpresa e l'imprevisto.

**RIASSUNTO.** Questo lavoro si propone di discutere il ruolo della psicoterapia nel trattamento dei disturbi psichiatrici acuti. La psichiatria comunitaria è confrontata, in questo campo elettivo di attività del servizio pubblico, con la pressione crescente dell'urgenza e della crisi, ma anche con una diversificazione dei quadri clinici che richiede nuove forme di aiuto e di ascolto più articolate e personalizzate. Nuovi paradigmi scientifici, cultura-

li e gestionali sono necessari perché i progressi della ricerca clinica sulla psicoterapia abbiano un impatto reale sul lavoro istituzionale col paziente acuto. Nel corso degli ultimi anni, numerosi studi hanno indicato che vantaggi significativi risultano, in termini di efficacia e beneficio economico, da nuovi tipi di intervento in cui la terapia medica tradizionale è associata a varie forme di intervento psicoterapeutico di crisi. Un più largo ricorso alla psicoterapia può avere un impatto notevole, in termini di qualità e di efficienza, sul funzionamento dei servizi e tale obiettivo costituisce, in un'epoca di risorse limitate e bisogni crescenti, ma anche di più grandi attese sul piano del valore umano della nostra risposta terapeutica, un *challenge* importante per lo sviluppo del modello comunitario della psichiatria.

## BIBLIOGRAFIA

- Andreoli A. (1999). What we have learned about emergency psychiatry and the acute treatment of mental disorders. In *Emergency Psychiatry in a Changing World* (ed. M. Declercq, S. Lamarre and A. Andreoli), pp. 13-22. Excerpta Medica International Congress Series, Elsevier Science B.V.: Amsterdam.
- Andreoli A. (2001). Un point de vue psychanalytique sur le rôle de la psychothérapie dans l'intervention de crise. *Psychothérapies* 21, 75-87.
- Andreoli A. & Foresti G. (1997). Deinstitutionalization and treatment of acute psychiatric disorders: an European perspective. In *Emergency Psychiatry and Mental Health Policies* (ed. M. De Clercq, S. Lamarre and H. Vergowen), pp. 97-105. Elsevier: Amsterdam.
- Andreoli A., Mulebach A., Gognalons M., Abensur J., Grimm S. & Frances A.J. (1992) Crisis intervention response and long-term outcome. *Comprehensive Psychiatry* 33, 388-396.
- Bateman A. & Fonagy P. (1999). Effectiveness of partial hospitalization in the treatment of borderline personality disorder: a randomized controlled trial. *American Journal of Psychiatry* 156, 1563-1569.
- Bateman A. & Fonagy P. (2001). Treatment of borderline personality disorder with psychoanalytically oriented partial hospitalisation: an 18-month follow-up. *American Journal of Psychiatry* 158, 36-42.
- Bateman A. & Fonagy P. (2003). Health service utilization costs for borderline personality disorder patients treated with psychoanalytically oriented partial hospitalisation versus general psychiatric care. *American Journal of Psychiatry* 160, 169-171.
- Burnard Y., Andreoli A., Kolatte E., Venturini A. & Rosset N. (2002). Psychodynamic psychotherapy and clomipramine in the treatment of major depression. *Psychiatric Services* 53(5), 585-90.
- de Girolamo G. & Reich J.H. (1993). *Personality Disorders*. WHO: Geneva.
- Gabbard G.O. & Wilkinson S.M. (1994). *Management of Countertransference With Borderline Patients*. American Psychiatric Press: Washington, DC.
- Goldstein M., Rodwick E. & Evans J. (1978). Drug and family therapy in the aftercare of schizophrenia. *Archives of General Psychiatry* 35, 1169-1177.
- Gunderson J.G. (1996). The borderline patient's intolerance of aloneness: insecure attachments and therapist availability. *American Journal of Psychiatry* 153, 752-758.
- Linehan M.M. (1993). *Cognitive Behavioral Treatment of Borderline Personality Disorder*. Guilford Press: New York.
- Linehan M.M., Armstrong H.E., Suarez A., Allmon D. & Heard H.L. (1991). Cognitive-behavioral treatment of chronically parasuicidal borderline patients. *Archives of General Psychiatry* 4, 1060-1064.
- Linehan M.M., Tutek D.A., Heard H.L. & Armstrong H.E. (1994). Interpersonal outcome of cognitive behavioural treatment for chronically suicidal borderline patients. *American Journal of Psychiatry* 151, 1771-1776.
- Mance R. (1990). Family management. In *Schizophrenia: Treatment of Acute Psychotic Episodes* (ed. T. Levy and T. Ninan). American Psychiatric Press: Washington, DC.
- Mathur A. (2001). Efficacité de la psychothérapie analytique chez les patients déprimés présentant un trouble de la personnalité type borderline. Thèse de doctorat en médecine, Genève.
- Motto J.A. & Bostrom A.G. (2001). A randomised controlled trial of post-crisis suicide prevention. *Psychiatric Services* 52, 828-833.
- Müller I. & Andreoli A. (1998). Miti, limiti e possibilità della psicoterapia analitica dei disturbi schizofrenici. Studio di 79 trattamenti psicoanalitici di pazienti con sintomi psicotici. *Rivista Sperimentale di Freniatria* 122, 232-241.
- Pinel Ph. (1809). *Traité Medico-Philosophique de l'Aliénation Mentale*. J.A. Brosson: Paris.
- Pirkis J., Burgess P. & Jolley D. (1999). Suicide attempts by psychiatric patients in acute inpatient, long-stay inpatient and community care. *Social Psychiatry and Psychiatric Epidemiology* 34, 634-644.
- Safran J. & Muran C. (2000). *Negotiating the Therapeutic Alliance. A Relational Treatment Guide*. Guilford Press: New York.
- Schotte D.E. & Clum G.A. (1987). Problem solving skills in suicidal psychiatric patients. *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 55, 49-54.
- Scott D. (1974). The treatment barrier. Part I and II. *British Journal of Medical Psychology* 45, 45-55-67.
- Seulin Ch. & Dazord A. (1997). *Prises en Charge Institutionnelles en Psychiatrie: Méthodologie de la Recherche Évaluative*. Presses Universitaires de France: Paris.
- Smith G., Ruiz-Sancho A. & Gunderson J. (2001). An intensive outpatient program for patients with borderline personality disorder. *Psychiatric Services* 52, 532-533.
- Stein L.L. & Test M.A. (1978). *Alternatives to Mental Hospital Treatment*. Plenum Press: New York.
- Swick Perry H. (1962). Introduzione. In *Schizophrenia as a Human Process* (ed. H.S. Sullivan). Trad. it. Feltrinelli: Milano, 1993, pp 1-24.
- Tansella M. & Micciolo R. (1998). Unplanned first-ever contact as predictor of future intensive use of mental health services. *Social Psychiatry, and Psychiatric Epidemiology* 33, 174-180.
- Thornicroft G. & Tansella M. (2000). *Manuale per la Riforma dei Servizi di Salute Mentale*. Il Pensiero Scientifico Editore: Roma.
- Van der Sande R., Buskens E. & Allart E. (1997). Psychosocial intervention following suicide attempt: a systematic review of treatment interventions. *Acta Psychiatrica Scandinavica* 96, 43-50.
- Van Heeringen C., Jannus S. & Buylaca W. (1995). The management of non-compliance with referral to outpatient after-care among attempted suicide patients: a controlled intervention study. *Psychological Medicine* 25, 963-970.